

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **10397** Société : **ROYAL AIR MAROC**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : **EL MARSADLI HASNA**  
Date de naissance : **12.07.1974**  
Adresse : **JNANE CALIFORNIE EMREUNA 1.  
APPT 13 CASA BLANCA.**  
Tél. **0661662290** Total des frais engagés : **\$ 500** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
**Dr. Zineb IRAQI  
Pédopsychiatre  
134 Rue Ahmed El Jeumari, Angle  
bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2<sup>e</sup> Etage  
N° 6, Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79**

Date de consultation : **25.1.24**  
Nom et prénom du malade : **Am. Beldi** Age : **2ans**  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : **Incubé de confiture**  
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles  
Fait à : **CASABLANCA** Le : **25.1.24**  
Signature de l'adhérent(e) : **R. ACHOUR**



**Déclaration de Maladie**

**M23-0026714**

**M980**

**193444**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
25/11/24	✓		500 dh	DR. ZINEB IRAQI Pédopsychiatre 134, Rue Ahmed El Jourmari, Angle Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2 <sup>e</sup> étage N° 6, Médina - Casablanca Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/1/24	15.80

#### ANALYSES & BIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
533412	21433552
000000	00000000
000000	00000000
533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zineb IRAQI

Pédopsychiatre



د. زينب عراقي

طبيبة نفسانية للأطفال والراهقين

Casablanca, le : ..... 25/11/24 ..... الدار البيضاء في :

Dr. Zineb IRAQI

-

15,80

Dopamine 500 -



Dr. Zineb IRAQI  
Pédopsychiatre

134, Rue Ahmed El Jourmari, Angle  
Bd Bir Anzgrane, Rés Aya, 2e Etage  
N° 6, Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

زنقة أحمد جوماري زاوية شارع بئر أنزران إقامة أية - الطابق الثاني - رقم 6 المعاريف - الدار البيضاء

134, rue Ahmed El Jourmari Angle Boulevard Bir Anzarane Résidence Aya - 2<sup>ème</sup> étage - N° 6 Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79 - e-mail: dociraqi@gmail.com